Aus der Chirurgischen Klinik der Universität Göttingen
(Leiter: Prof. Dr. Stich)

Behandlung und Behandlungserfolg von Blasenpapillomen.

32 Fälle aus der Chirurgischen Universitätsklinik Göttingen (1920—1935)

DISSERTATION

zur

Erlangung des Doktorgrades,

der Medizinischen Fakultät

der Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt am 10. März 1938 von

HEINZ HARKE
aus Schwelm.

1939

DISSERTATIONS-VERLAG G. H. NOLTE DÜSSELDORF

Berichterstatter: Dozent Dr. Barthels
Mitberichterstatter: Prof. Dr. Stich

Tag der mündlichen Prüfung: 30. Juni 1938.

Unter den Blasengeschwülsten nimmt das Blasenpapillom den breitesten Platz ein. Es befällt Männer häufiger als Frauen und bevorzugt dabei das Alter jenseits des 40. Lebensjahres. Bei Jugendlichen wird es nur ganz selten einmal beobachtet.

Folgende Zusammenstellung zeigt 32 Fälle aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Göttingen, die dieser Arbeit zugrunde liegen, geordnet nach dem Lebensalter:

Alter	Zahl der Papillome
unter 20	0
20 bis 30	1
30 bis 40	3
40 bis 50	9
über 50	19

Das Durchschnittsalter betrug 52 Jahre. Unter den Kranken befanden sich 24 Männer und 8 Frauen; das Verhältnis war demnach 3:1.

Diese Zahl stimmt mit der von Joseph gefundenen überein. In 49 von Joseph beschriebenen Fällen erkrankten an Blasenpapillom

Männer	36 mal
Frauen	13 mal

Das Blasenpapillom stellt eine, meist in den tieferen Schichten der Harnblase, in der Gegend der Uretermündung, im Trigonum, in der Nähe der Urethra sitzende Geschwulst dar (Ribbert).

In unseren Fällen war der Sitz des Papilloms

Urethramündung	2 mal
Fundus	3 mal
Trigonum	3 mal
Rechtes Ostium	10 mal
Linkes Ostium	14 mal

Es kann, breitbasig oder gestielt auftretend, große Teile der Blase ausfüllen. So finden sich von kleinen linsen- bis zu apfelgroßen Tumoren fließend alle Übergänge. Freund sah in einem Fall ein Blasenpapillom ein Geburtshindernis darstellen.

Der Name Fibroepitheliom sagt uns, daß wir es mit einer Geschwulst aus Bindegewebe und Epithel zu tun haben. Virchow rechnete das Papillom zu den reinen Bindegewebsgeschwülsten. Nach Borst sieht man gelegentlich ein so reich entwickeltes

Epithel, daß man im Zweifel sein kann, welchem von beiden Gewebsteilen „die Initiative des Wachstums zukommt".

Die in die Blasenlichtung vorgetriebenen Papillen können lang und schlank, dabei vielfach verzweigt sein und machen das Bild einer dentritischen Geschwulst (Zottenpolyp). Jede einzelne Papille hat zentral eine Arterie mit 2 oder mehreren Venen. Die Gefäße sind an den kolbig aufgetriebenen Enden erweitert, dabei manchmal nur von einer dünnen Epithelschicht bedeckt, so daß man sich wohl vorstellen kann, daß es leicht zu beträchtlichen Blutungen in die Blase kommt. Die Epithelzellen gleichen in ihrer Anordnung und ihrem Aussehen dem normalen Harnblasenepithel. Die gestielt aufsitzenden Geschwülste stehen in der gefüllten Blase aufrecht und führen flottierende Bewegungen aus. So sah Ribbert einen Fall bei einer Frau, wo die einzelnen zarten Zotten in der gefüllten Blase flottierten, während sie sich in der leeren Blase der Wand anlegten und dann nicht mehr zu erkennen waren.

Im Stroma kommen Rundzelleninfiltrate vor, die nach Stenius eine Wesensveränderung darstellen. Benachbarte Zotten können verkleben, wobei Epithelien zugrunde gehen (Hückel). Diese können dann im Harnsediment nachgewiesen werden.

Das Papillom ist eine an sich gutartige Geschwulst, die jedoch eine große Neigung zum Wiederauftreten zeigt. Viele trotzen hartnäckig jeder Behandlung, indem sie immer wieder auftreten, wobei sie nicht selten vielfach über den größten Teil der Blase erscheinen. Häufig erweist es sich dann, daß diese immer wieder rückfällig werdenden Geschwülste krebsig entartet sind. Feingeweblich sieht man in diesen Fällen eine große „Unruhe" in ihrem epithelialen Anteil und Vorwachsen von Epithelzapfen ins Bindegewebe (maligne Papillome).

Ursprünglich als gutartig angesehene Papillome zeigen durch immer wieder auftretende Recidive ihre bösartige Eigenschaft, auch wenn der feingewebliche Befund noch für gutartiges Wachstum spricht. Hier ist die klinische Beobachtung wichtiger als die vom Histologen getroffene Entscheidung. Nur Serienschnitte, die von der ganzen Geschwulst gemacht werden, können den Charakter mit Sicherheit deuten. Aus diesem Grund ist von einer Probeausschneidung nicht viel in diagnostischer Hinsicht zu erwarten.

Stenius und Christeller teilen die papillären Blasentumoren ein in:

1. Typisches papilläres Fibroepitheliom (benignes Papillom).
2. Atypisches papilläres Fibroepitheliom (malignes Papillom).
3. Papilläres Carcinom.

Die Möglichkeit eines Überganges von gutartiger Zottengeschwulst zur bösartigen und zum Zottenkrebs ist oft erörtert worden. Zuckerkandl sieht für diese Entwicklung einen Beweis darin, daß die Anzeichen einer als Krebs erkannten Geschwulst häufig jahre- und jahrzehntelang zurückliegen. Nach Christel-

ler stellen die 3 Formen wahrscheinlich fortschreitende Zustandsbilder desselben Vorganges dar. Fontana untersuchte 18 Fälle von Blasengeschwülsten, darunter bösartige und gutartige Formen, sowie Krebse. Die meisten dieser Krebse glaubt er von gutartigen Papillomen herleiten zu müssen. Borst sagt ebenfalls, daß die zottigen Neubildungen auch nach wiederholter Entfernung häufig Rückfallgeschwülste zeigen, die sich schließlich als Krebs von stark zerstörendem Wachstum entpuppen. Allerdings sind dies nach seiner Ansicht „von vornherein atypische Formen des Carcinoms". Außerdem müßte man nach Borst immer daran denken, daß auch mal ein gemeinsames Vorkommen von Zottengeschwulst und Krebs möglich ist.

In unserem Krankengut fanden sich 3 Fälle, deren Rückfallgeschwülste krebsig entarteten, nachdem die Geschwulst ursprünglich bei der Blasenspiegelung und feingeweblich als gutartig angesprochen worden war. In einem Fall lag die erste Behandlung ein Jahr, in einem Fall 12 Jahre und in einem Fall 14 Jahre zurück, bevor sich die krebsige Natur der Geschwulst erwies. Bemerkenswert ist vor allem der letzte Fall, in welchem die Anzeichen der Zottengeschwulst bereits 4 Jahre vor dem ersten Eingriff auftraten, die krebsige Natur also 18 Jahre nach Auftreten der ersten Anzeichen erkannt wurde. In diesem Fall traten 3 mal Rückfallgeschwülste auf und zwar:

1. Rückfall	nach 6 Jahren
2. Rückfall	nach 7 Jahren
3. Rückfall	nach 8 Jahren

Das 2. Recidiv wurde endovesical, die 2 anderen operativ durch Eröffnen der Blase entfernt und beide Male die entfernten Geschwulstmassen feingeweblich untersucht. Die feingewebliche Untersuchung ergab in beiden Fällen gutartiges Wachstum. Berücksichtigt man nun einerseits die lange Dauer, andererseits die feingeweblichen Ergebnisse, so wird man nicht an dem ursprünglich gutartigen Charakter zweifeln können. Die angeführten Beispiele, insbesondere das letzte, wären somit ein Beweis für die Möglichkeit krebsiger Entartung ursprünglich gutartiger Zottengeschwülste.

Die Frage nach der Ursache kann nicht einheitlich beantwortet werden, denn die Erfahrungen vieler Untersucher lehren, daß mit der Papillomentstehung die verschiedenartigsten Reize in ursächlichem Zusammenhang zu bringen sind. So sieht man häufig gleichzeitig eine Pyelitis, Cystitis, Steinbildung, Bilharcia, erbliche Belastung, Prostatahypertrophie oder ein Neoplasma.

Fuchs sah unter 136 Fällen 9 mal Steinbildung, in 6,6% erbliche Belastung, 9 mal am gleichen Patienten eine zweite Neubildung oder Prostatahypertrophie. Chiandano veröffentlichte 3 Fälle von Nierengeschwülsten mit gleichzeitiger Gegenwart mehrerer Geschwülste derselben Art in Blase und Harnleiter. Er glaubt, daß es sich in diesen Fällen um Ausstreuung durch Impfung handelt.

Borst beobachtete ebenfalls Blasenpapillome im Verein mit ähnlichen Neubildungen im Urogenitalsystem.

1895 machte Rehn zum ersten Mal auf das gehäufte Vorkommen von Blasenpapillomen bei Anilinarbeitern aufmerksam. Nach Leuenberger gingen die mit Anilinfarben oder aromatischen Stoffen beschäftigten Arbeiter 33 mal häufiger an Blasengeschwülsten zugrunde als der übrige Teil der Bevölkerung. Simon berichtete auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Urologie in München 1929 über 81 Fälle von Anilintumoren der Blase. Er weist darauf hin, daß die Natur der Geschwülste trotz ihres zum Teil feingeweblich bösartigen Charakters eine relativ gute ist. S. Perlman und W. Staehler gelang es, an Kaninchen durch subcutane Impfung von Anilin oder β-Naphthylamin Blasengeschwülste nach 4—34 Wochen zu erzeugen. Mikroskopisch handelte es sich um fibroepitheliale Papillome und in einem Fall um eine Papillomatose. Der feingewebliche Befund zeigte viel Ähnlichkeit mit sicheren Anilintumoren der Menschen.

In unseren Fällen aus der Göttinger Klinik ließ sich ein Zusammenhang zwischen Beruf und Papillombildung nicht nachweisen, dagegen konnten in 18 Fällen neben dem Papillom weitere Erkrankungen im Urogenitalsystem, teils aus der Vorgeschichte, teils bei der Befundaufnahme erhoben werden:

Verengerung des orif. urethrae ext.	1 mal
Hydronephrose	1 mal
Nephrektomie (unbekannte Indikation)	1 mal
Ureterstein	1 mal
Gebärmutterpolyp	1 mal
Balkenblase	2 mal
Tbc der Niere und Blase	2 mal
Nephritis	2 mal
Cystitis	3 mal
Prostatahypertrophie	9 mal

Demnach besteht in diesen Fällen die Möglichkeit zur Annahme, daß die Papillombildung eine Folge verschiedenartigster entzündlicher und mechanischer Reize war. Dafür, daß umgekehrt durch eine Zottengeschwulst auch ein entzündlicher Reiz entstehen kann, sprechen die 3 Fälle von gleichzeitig bestehender Cystitis, die erst bei der Befundaufnahme erhoben werden konnte und vor Auftreten der Blasenblutung keine Beschwerden machte. Für die Reiztheorie spricht jedenfalls auch das gehäufte Vorkommen der Geschwülste an den Stellen, die mechanisch am meisten beansprucht werden (s. oben).

Brennen beim Wasserlassen und Harnbluten war der häufigste Grund, welcher die Kranken veranlaßte, zur Untersuchung zu kommen. Dabei war die Blutung in mehreren Fällen beträchtlich. Bei 3 Patienten wurden folgende Blutwerte gefunden:

1. Hb 60% Ery 3 400 000, F. I. — 0,85
2. Hb 50% Ery 2 600 000, F. I. — 0,93
3. Hb 30% Ery 2 700 000, F. I. — 0,56

In 6 Fällen führte das in der Harnblase geronnene Blut zu erheblichen Miktionsbeschwerden, da die Blutgerinnsel den Abflußweg des Harns versperrten. Der Harnstrahl wurde unterbrochen, und es konnte erst dann weiter Harn gelassen werden, wenn die Blutgerinnsel ausgestoßen waren. In 2 Fällen kam es längere Zeit zur völligen Harnverhaltung und der Harn konnte nur durch den Katheter entleert werden. In anderen Fällen verlief die Erkrankung viel weniger stürmisch. Die Kranken waren in ihrem Allgemeinbefinden garnicht gestört und fanden nur aus Beunruhigung wegen des Blutharnens den Weg zum Arzt.

Zur Sicherung der Diagnose diente die Cystoskopie.

Daß für die Behandlung eine Anzahl von Vorschlägen vorliegt, ist nur ein Beweis für die sehr häufig unbefriedigenden Erfolge, deren Ursache die hohe Rückfallneigung bildet.

Der gründlichste, gleichzeitig aber auch der größte Eingriff, der zur Beseitigung des Papilloms in Frage kommt, ist die Sectio alta und die Ausschneidung der Geschwulst. Joseph warnt vor dieser Art der Entfernung, da man immer wieder Rückfallgeschwülste im alten Narbenbereich auftreten sieht, die Joseph für Impfmetastasen hält.

Heute gilt für die meisten Untersucher als das Verfahren der Wahl die von dem amerikanischen Arzt Edwin Beer angegebene Elektrocoagulation.

Francois verzeichnet bei Papillomen, die er mit der Elektrocoagulation behandelt hat, 74% Dauerheilungen.

Macalpine sieht die unbedingte Notwendigkeit der Operation in den Fällen, in denen die Papillome auf die Thermocoagulation nicht ansprachen. Die Behandlung in Fällen von gutartigen Papillomen beherrscht nach seiner Meinung unbestritten die Thermocoagulation.

Erfahrungen aus 48 Fällen, die von Grant, Owsley, Stites und Cutler gesammelt wurden, ergaben, daß die endovesicale Fulguration die beste sei. Die Anzeigestellung zur Operation hängt von der Ausdehnung und dem Sitz des Geschwulstgrundes ab. Wenig günstig waren die Erfolge mit Röntgen- und Radiumbestrahlung.

Lennane berichtet über 168 Fälle von Blasengeschwülsten:

1. Endovesicale Fulguration	50 mal
2. Suprapubische Excision	85 mal
3. Partielle Blasenausschneidung	5 mal
4. Palliativverfahren (Cystotomie, Radium)	32 mal
5. Röntgentiefenbestrahlung	20 mal

116 Patienten konnten längere Zeit hindurch verfolgt werden. 63—66% starben innerhalb der ersten 5 Jahre nach der Behandlung,

die meisten davon im ersten halben Jahr nach dem Eingriff. Absolut waren die Ergebnisse der suprapubischen Ausschneidung besser als die der Fulguration.

Carnalcettie sah bei Mesothoriumbehandlung nur negative Erfolge.

Für die Radium- und Röntgenbehandlung sprechen sich John, Williams, Curin aus.

Schönhoff berichtet über einen Fall von multipler Aussaat von Papillomen der Harnblase bei einer 64jährigen Frau, die durch Röntgenbestrahlung vollständig beseitigt wurde.

Joseph gibt seiner Chemocoagulationsmethode den Vorzug vor der Thermocoagulation, insbesondere bei größeren Papillomen, ulcerierenden und bösartigen Formen. Er verwendet höchstens 1 ccm konz. Trichloressigsäure und sieht dabei eine schnelle Einwirkung. Beherrschung von Blutung und Jauchung. Einer schädigenden Ätzwirkung soll die Blasenschleimhaut dabei nicht ausgesetzt sein. In Fällen von größeren Geschwülsten lassen sich nach Joseph Chemo- und Thermocoagulation mit gutem Erfolg vereinigen. Die Geschwulst wird mit der Thermocoagulationssonde angegangen, dadurch erhält die nachfolgende Ätzung eine bessere Tiefenwirkung.

Nach diesen Gesichtspunkten behandelte Joseph 49 Fälle und beobachtete 17 mal Recidivfreiheit, nachdem die Behandlung 7 Monate bis 4 Jahre abgeschlossen war.

Dreseler und Gimsberg möchten die Chemocoagulation besonders in den Fällen anwenden, in denen die Papillome zur Verjauchung, Geschwürsbildung und Blutung neigen.

Henning und Lechnir bedienten sich mit Erfolg des von Born angegebenen Aspirationsverfahrens in einem Fall von diffuser Blasenpapillomatose. Starke Blutungen sollen dabei nicht auftreten, da sich die Gefäße mittels ihrer Elastizität zurückziehen.

Dieses Verfahren hatte den Nachteil, daß es blind ausgeführt werden mußte. Lechnir konnte es jetzt modifizieren, wodurch es möglich geworden ist, die Absaugung unter Leitung des Auges auszuführen. Nach den Erfahrungen, die Lechnir an 20 Fällen gesammelt hat, empfiehlt es sich für alle größeren Papillome mit zottigem Bau und Himbeertypus, einschließlich der schweren diffusen Papillomatosen.

In unserem Krankengut wurden die Zottengeschwülste behandelt:

1. mit der elektrischen Verschorfung — 13 mal
2. mit der Sectio alta und Abtragung der Geschwulst und zwar 3 mal, nachdem die Verschorfung keine günstige Beeinflussung der Geschwulst ergeben hatte. — 13 mal
3. Verätzung — 1 mal

5 Kranke entzogen sich der Behandlung.

Es ist schwer, zusammenfassend eine Begründung zu geben, warum in den einen Fällen verschorft, in den anderen die Sectio alta ausgeführt wurde. Es gibt in der Behandlung der Papillome keine grundsätzlichen Richtlinien, nach welchen zu handeln wäre, und der Urologe muß in jedem einzelnen Fall seine Behandlungsart danach einrichten, wie sie ihm seine Erfahrung als die erfolgversprechendste vorschreibt. Ganz allgemein gaben jene Fälle von gutgestielten bis zu pflaumengroßen Geschwülsten die Anzeige zur Verschorfung. In 12 Fällen gelang es so, mit 1—5maliger Verschorfung, die Geschwulst zu entfernten, während in einem Fall 12 mal verschorft werden mußte.

Größere Papillome, breitbasig aufsitzende und solche, die mit der Sonde nicht zu erreichen waren, wurden ausgeschnitten. Die Sectio alta bot dazu genügende Zugangsmöglichkeit. Um Impfmetastasen zu verhüten, wurde die Geschwulst in der Regel elektrochirurgisch abgetragen oder nachkoaguliert. Nochmals sei darauf hingewiesen, daß dies nur grobschematische Gesichtspunkte sein können, die in der Praxis deshalb häufig keine Gültigkeit haben, weil dort die Fälle nicht so klar und eindeutig liegen. Die drei Fälle von Papillomen, die ausgeschnitten werden mußten, weil sie auf die Verschorfung nicht günstig ansprachen, unterstreichen diese Auffassung und zeigen deutlich, wie verschieden sie sich im einzelnen gegen die Behandlung verhalten.

Von den 27 behandelten Kranken waren 3 nicht mehr zu erreichen, 6 inzwischen gestorben, davon zwei nach Angabe der Angehörigen an ihrem Blasenleiden, einer an Lungentuberkulose, einer an Nieren- und Blasentuberkulose, 2 im Anschluß an die Blasenoperation, und zwar einer an Urinphlegmone, einer unter urämischen Erscheinungen. Im letzten Fall ergab die Autopsie einen ausgedehnten Blasenkrebs. Die übrigen 18 Kranken beantworteten sehr eingehend die an sie gerichteten Fragebogen. Von diesen 18 konnten außerdem 10 Kranke durch Blasenspiegelung nachuntersucht werden. Es waren dies in der Hauptsache die Kranken, deren Antwort nicht eindeutig für oder gegen Rückfallbildung sprach. Bei der Nachuntersuchung (Blasenspiegelung) waren 8 Kranke rückfallfrei, nachdem die letzte Behandlung 2—10 Jahre zurücklag. Bei 2 Kranken wurde eine Rückfallgeschwulst gefunden, von denen die eine durch einmalige Verschorfung entfernt werden konnte, während die Behandlung der anderen auf Wunsch des Kranken aufgeschoben wurde.

Von den anderen 8 Patienten können 6 als augenblicklich geheilt angesehen werden, da sie vollkommen beschwerdefrei waren, nachdem die letzte Behandlung 1½—16 Jahre, im Durchschnitt 6½ Jahre zurücklag. In einem Fall mußte eine Rückfallgeschwulst angenommen werden und in einem Fall bestand ein fortgeschrittener Blasenkrebs.

Von den 18 befragten Patienten waren also 14 geheilt; 8 blieben bisher dauernd rückfallfrei, während 6 im Laufe der Behandlung an einer Rückfallgeschwulst erkrankten, welche dann immer durch eine elektrische Verschorfung entfernt werden konnte.

Bei den 14 geheilten Fällen wurden ausgeführt:

1. elektrische Verschorfung 10 mal
2. Sectio alta 4 mal

Bei den 4 Recidivträgern:

1. elektrische Verschorfung 1 mal
2. Sectio alta 3 mal

Die nachfolgenden beiden Zusammenstellungen sollen kurz zusammenfassend die Behandlungsart und den Behandlungserfolg darstellen, und zwar sind in der ersten Tabelle die Fälle aufgeführt, bei denen verschorft, in der zweiten Tabelle diejenigen, bei denen operiert wurde.

Zusammenstellung I.

Name		Rückfallgeschwulst im Laufe der Behandlung	Zustand bei der Nachuntersuchg. Rückfallgeschw.	geheilt	dauernd rückfallfrei	letzte Behandlung vor:
K. E.	♀	ja	—	ja	—	7½ Jahren
L. Schl.	♀	ja	—	ja	—	2½ Jahren
H. B.	♂	ja	—	ja	—	3½ Jahren
O. Sch.	♂	ja	—	ja	—	5½ Jahren
O. S.	♂	ja	—	ja	—	4½ Jahren
R. L.	♂	—	ja	—	—	(5) Jahren
A. B.	♀	—	—	ja	ja	10 Jahren
A. Sch.	♂	—	—	ja	ja	2 Jahren
F. Sch.	♂	—	—	ja	ja	4 Jahren
J. B.	♂	—	—	ja	ja	1½ Jahren
I. O.	♀	—	—	ja	ja	3½ Jahren
		5	1	10	5	44,5 : 10—4½ Jahren

Zusammenstellung II.

O. B.	♂	ja	ja	—	—	(2½) Jahren
W. G.	♂	ja	ja (Ca)	—	—	(16) Jahren
E. St.	♂	—	ja	—	—	(3½) Jahren
A. Sp.	♀	—	—	ja	ja	7½ Jahren
K. W.	♂	—	—	ja	ja	16 Jahren
E. A.	♀	ja	—	ja	—	10 Jahren
H. W.	♂	—	—	ja	ja	2 Jahren
		3	3	4	3	35,5 : 4—9 Jahren

ANHANG:

Kurze Auszüge aus den Krankengeschichten.

1. Die verschorften Fälle.
2. Die operierten Fälle.

Fall 1: Frau K. E. 63 J. (1. 2. 1929 1. Aufnahme).

Vorgeschichte: 1916 und 1926 Brennen beim Wasserlassen. Häufiger Harndrang. Jetzt dieselben Beschwerden. Zuweilen waren Klumpen von Eiter und Blut im Harn.

Befund: Urin: E + Ery +++
Leuko +++

Blasenspiegelung: Dicke, teilweise geronnene Blutmassen verlegen die Sicht zum rechten Ostium. Unebenes, flaches, warzenförmiges Gebilde, von rotem Hof umgeben. Sitz: Neben dem r. Ostium.

Behandlung: 4malige elektrische Verschorfung. Am 19. 11. 1929 Wiederaufnahme. Seit 8 Tagen Blutstückchen im Harn und Brennen. Die Blasenspiegelung ergibt oberhalb des r. Ostiums ein bohnengroßes Recidiv, das verschorft wird.

Nachuntersuchung am 8. 6. 1937: Am r. Oktium ein roter Narbenbereich, der aber nicht ins Lumen vorspringt. Die übrige Schleimhaut vollkommen reizlos. Ein Recidiv kann ausgeschlossen werden.

Fall 2: Frau L. Schl. 58 J. (30. 8. 1932).

Vorgeschichte: Seit einigen Monaten häufig Blut im Urin, dazu häufiger Harndrang und Brennen. Allgemeinbefinden war leidlich.

Befund: Urin: E ++ Ery++ Leuko+.

Blasenspiegelung: Blumenkohlartige breitaufsitzende Geschwulst. Gefäßinjektion der Umgebung. Die Geschwulst ist pflaumengroß, dazu eine weitere haselnußgroße.

Sitz: r. Ostium.

Behandlung: 5malige z. Teil recht ausgiebige Verschorfung. Am 12. 12. 1933 Kontrolle. Diese ergibt 2 linkengroße Recidive. Am 26. 11. 1934 mehrere warzenförmige bis linsengroße Papillome, die verschorft werden.

Nachuntersuchung am 26. 5. 1937 ergibt Cystitis, die angeblich nach Erkältungen häufiger auftritt. Ein Recidiv kann ausgeschlossen werden.

Fall 3: Herr H. B., Kaufmaan. 27 J. (25. 7. 1933).

Vorgeschichte: Seit mehreren Monaten Beschwerden beim Wasserlassen, das er nur schlecht los wird. Mitunter war auch Blut im Urin.

Befund: Blasenspiegelung ergibt pflaumengroßes, gut gestieltes Papillom im Trigonum.

Behandlung: 2malige Verschorfung, durch die das Papillom entfernt ist. Am 9. 2. 1933 ergibt die Kontrolle ein bohnengroßes, breitbasig aufsitzendes Recidiv, das verschorft wird.

Nachuntersuchung: März 1937. Patient hat von seiten der Blase nie wieder Beschwerden gehabt. Allgemeinbefinden gut.

Fall 4: Herr H. Sch. Invalide. 59 J. (30. 7. 1931).

Vorgeschichte: Seit 6 Tagen bemerkt Patient Blutabgang mit dem Urin. Keine Beschwerden.

Befund: Prostata vergrößert, weich. Urin: Ery + Leuko +.

Blasenspiegelung: Gut gestieltes 2 cm langes, 1½ cm breites Papillom am r. Ostium (eine) mit kleiner Aussaat in die Umgebung.

Behandlung: Einmalige ausgiebige Coagulation. Am 9. 10. 1931 ergibt die Kontrolle ein hirsekorngroßes Papillomknötchen, das verschorft wird, am 1. 7. 1937.

Nachuntersuchung: Oberhalb des r. Ostiums eine reizlose Narbe. Ebenfalls die Blasenschleimhaut vollkommen reizlos, kein Recidiv.

Fall 5: Herr K. S., Maurer, 54 J. (9. 9. 1932).

Vorgeschichte: Seit 14 Jagen Blut im Harn und Brennen beim Wasserlassen. In der letzten Nacht konnte Patient kein Wasser lassen und hatte heftige Schmerzen. Der hinzugerufene Arzt nahm das Wasser ab, es bestand jedoch keine Beschwerdefreiheit danach. 13 Pfund Gewichtsabnahme während des Sommers.

Befund: Kleinapfelgroße Prostata, mäßig derb, Schleimhaut verschieblich. Der Urin ist stark blutig gefärbt.

Blasenspiegelung: Kapazität 200 ccm. Schleimhaut gerötet, leicht ödematös. Am lk. Ostium haselnußgroßes, an der Oberfläche nekrotisches Papillom.

Behandlung: 3malige Verschorfung. Am 30. 11. 1932 ergibt die Nachuntersuchung ein kelines Recidiv am lk. Ostium, das verschorft wird.

Nachuntersuchung: März 1937. Nie wieder Beschwerden von seiten der Blase gehabt.

Fall 6: Herr R. L., Herbergsvater, 47 J. (20. 5. 1932).

Vorgeschichte: Vor 3 Jahren bemerkte L. zum ersten Mal Blut im Urin. Vor 3 Wochen trat wieder Blutung ein.

Befund: Geringer Druckschmerz im Bereich der r. Niere.

Blasenspiegelung: Kapazität 300 ccm. Schleimhaut im Trigonum etwas injiziert. Am lk. Ostium kirschgroßes gestieltes Papillom.

Behandlung: Einmalig ausgiebige Verschorfung.

Nachuntersuchung am 26. 7. 1937. Die Blasenspiegelung ergibt unterhalb des lk. Ostiums ein linsengroßes, gestieltes Papillomrecidiv, das durch eine einmalige Verschorfung entfernt werden kann.

Fall 7: Frau A. B., 59 J. (6. 7. 1927).

Vorgeschichte: Vor 23 Jahren schwere Geburt wegen Gebärmutterpolyp. Seit 2—3 Jahren Beschwerden beim Wasserlassen, der Urin war leicht blutig gefärbt. Vor 3 Wochen Blutharn stärker als früher unter größeren Beschwerden.

Befund: Blasenspiegelung. Am lk. Ostium flottierendes Papillom. Die Kuppen sind mehrfach mit Schorf bedeckt.

Behandlung: Die Geschwulst wurde mit 3 Verschorfungen entfernt.

Nachuntersuchung März 1937. Von seiten der Blase hat Frau B nie mehr Beschwerden gehabt.

Fall 8: Herr A. Sch., Schlosser, 31 J. (1. 7. 1935).

Vorgeschichte: Im Mai 1934 zum ersten Mal blutiger Harn und Schmerzen, die in die Harnröhre ausstrahlten. Heute morgen sei der Harn wieder blutig gefärbt.

Befund: Prostata etwas vergrößert. Urin: Ery + + + Leuko —.

Blasenspiegelung: Kapazität 150 ccm. Dicht oberhalb des lk. Ostiums ein kirschgroßes, gut gestieltes Papillom.

Behandlung: 3malige Verschorfung, bis kein Rest mehr vorhanden ist.

Nachuntersuchung am 21. 5. 1937. Blasse Narbe an der Coagulationsstelle, kein Recidiv.

Fall 9: Herr F. Sch., Wegewärter, 53 J. (24. 1. 1933).

Vorgeschichte: Seit 6—8 Wochen blutigen Harn.

Befund: Urin: Ery + + Leuko +.

Blasenspiegelung: Kapazität 400 ccm. Am rechten Ostium blumenkohlartiges Papillom von Walnußgröße.

Behandlung: 3malige Verschorfung. Kontrolle am 2. 5. 1933. Außer einer reizlosen Narbe kein Befund.

Nachuntersuchung im März 1937: Von seiten der Blase traten nie wieder Beschwerden auf.

Fall 10: Herr J. B., Klempner. 44 J. (4. 7. 1935).

Vorgeschichte: Vor 3 Wochen bemerkte B., daß der Urin blutig gefärbt war. Ab und zu waren Flocken geronnenen Blutes im Harn.

Befund: Prostataoberfläche nicht ganz glatt. Haut darüber verschieblich.

Blasenspiegelung: Am lk. Ostium größeres Papillom, das leicht an einer Stelle blutet.

Behandlung: 12malige Verschorfung, bis das ganze Papillom abfällt.

Nachuntersuchung März 1937. B. hat von seiten der Blase nie wieder Beschwerden gehabt.

Fall 11: Frau I. O., 38 J. (2. 1933).

Vorgeschichte: 1932 litt sie an einem Ureterstein lks. ,der nach Schwemmkuren abging. Sie kommt, um Nierenbefund aufnehmen zu lassen.

Befund: Druckschmerz im lk. Unterleib. Im Harn vereinzelt Ery und Epithel.

Blasenspiegelung: Kapazität 300 ccm. In der Mitte über der Ureterleiste bohnengroßes Gebilde. Die übrige Schleimhaut ist von einer Reihe linsen- bis erbsengroßer Knötchen übersät.

Behandlung: 4malige Verschorfung, die letzte am 27. 11. 1933.

Nachuntersuchung am 14. 6. 1937 ergibt glasige Vorbuckelungen am Blasenausgang, die nicht wie Papillomzotten aussehen. Auch oberhalb des Ostiums kein Recidiv.

Fall 12: Frau A. Sch. 66 J. (14. 5. 1930).

Vorgeschichte: Vor 15 Jahren an Blasen- und Nierenleiden erkrankt, das sich 4 Jahre lang hinzog und wobei auch Blut im Urin auftrat. Seit einigen Monaten wieder Blut im Harn ohne sonstige Beschwerden. Am 30. 4. 1930 Nephrektomie der r. Niere wegen Tbc.

Befund: Urin: Ery ++.

Blasenspiegelung: Kapazität 300 ccm. Oberhalb und etwas lateral des lk. Ostiums haselnußgroßes Papillom.

Behandlung: Einmalige Verschorfung. Die Kranke ist 1934 an Nieren- und Blasen-Tbc. gestorben.

Fall 13: F. R., Oberschaffner, 59 J. (16. 6. 1933).

Vorgeschichte: Vor 3 Wochen wurde der Harn plötzlich dunkelrot. Es war starkes Pressen beim Urinieren erforderlich. War ein Blutgerinnsel gelöst, ging es glatt. Seit 8 Tagen wieder Blut. 1898 Nierenentzündung.

Befund: Die Prostata vergrößert. Der Harn ist stark bluthaltig.

Blasenspiegelung: Kapazität 250 ccm. Am r. Ostium ein korallenartiges dünngestieltes Papillom, von dessen unteren Rand eine prall gefüllte geschlängelte Vene zum Blasenboden zieht. 2malige Verschorfung. Im Januar 1936 starb R. an einer Lungen-Tbc.

Fall 14: Herr E. B., Schabemeister, 50 J. (24. 5. 1922).

Vorgeschichte: Vor $^1/_4$ Jahr bemerkte B. Abgang von reinem Blut. Seit 8 Tagen tropft nach dem Wasserlassen Blut nach. Gleichzeitig bestehen stechende Schmerzen im Kreuz.

Befund: Prostata vergrößert. Im Urin: Ery ++ Leuko +.

Blasenspiegelung: Kapazität 400 ccm. Dicht hinter dem r. Ostium ein schmalgestieltes walnußgroßes Papillom.

Behandlung: Endovesicale Verätzung mit Trichloressigsäure.

1936 an den Folgen des Blasenleidens gestorben.

II. Operierte Fälle.

Fall 15: Herr W. B., Maurer, 47 J. (17. 6. 1932).

Vorgeschichte: Seit $^3/_4$ Jahr tritt alle 4 Wochen Blutharnen auf. In der Zwischenzeit teilweise klarer, teilweise flockiger Urin. Vorgestern abend plötzlich Harnverhaltung mit Harndrang. Katheterismus förderte nur einige Tropfen Blut.

Blasenspiegelung: Am lk. Ostium eine Geschwulst von Hühnereigröße. Eine 2. kirschgroße Geschwulst macht den Eindruck eines bösartigen Papilloms.

Feingeweblicher Befund: Die Schnitte, die aus dem eingesandten Material gemacht wurden, sprechen für gutartiges Papillom.

Behandlung: Katheterismus fördert 2000 ccm fast reines Blut. Calc. chlort.; Gelatine i. m. Sectio alta, Abtragung und Verschorfung. Am 18. 8. 1934 ergibt die Nachuntersuchung ein kleines Recidiv in der Gegend der alten Narbe, das verschorft wird.

Nachuntersuchung im März 1937. B. hat vor einigen Wochen wieder Blut im Urin bemerkt. Er hat häufigen Harndrang, der auch nachts auftritt und dabei brennende Schmerzen. Mit großer Wahrscheinlichkeit handelt es sich um ein Recidiv.

Fall 16: Herr W. G., Maschinenarbeiter, 42 J. (16. 10. 1921).

Vorgeschichte: Seit 1917 besteht Blasenbluten, das manchmal aufhörte, um nach einiger Zeit wieder aufzutreten. In letzter Zeit traten die Blutungen heftiger auf.

Befund: Urin: E +++ Ery ++.

Blasenspiegelung: Im r. Ostium ein pflaumengroßes breitbasig aufsitzendes Papillom.

Behandlung: Operation in L. A. Papillom entfernt, Schleimhautnaht mit Catgut. Am 9. 9. 1927 zeigt die Blasenspiegelung am lk. u. r.Ostium je ein Papillom, am Sphinkterrand mehrere traubenförmige Gewächse. Am 23. 9. 1927 Operation (Sectio alta). Es werden 5 Papillome abgetragen, die Wunden verschorft.

Feingeweblicher Befund: Zahlreiche Schnitte aus den verschiedenen Papillomen zeigen nur das Bild des gutartigen Fibroepithelioms. Der Grundstock ist fein verzweigt, sehr gefäßreich.

Am 16. 8. 1928 klagte G. über Schmerzen in der r. Leiste, die nach dem Rücken ausstrahlen. Die Blasenspiegelung ergibt im ganzen 5 Recidive, z. T. an den Ostien und im Blasenscheitel. Die Papillome werden mehrfach coaguliert, bis die Blase vollständig frei ist. Am 19. 4. 1929 kommt G. zur Wiederaufnahme. Er fühlt sich sehr schlapp. Die Blasenspiegelung ergibt 2 je 2-markstückgroße Recidive an der Harnröhrenmündung im Fundus. Im unteren Teil der Blase eine erbsengroße Geschwulst. Die Papillome werden operativ entfernt.

Feingeweblicher Befund: Man sieht üppige Lager eines uniformen nicht polymorphzelligen Übergangsepithels auf einem aus Kapillaren bestehenden Grundstock. An den Stellen, die vorliegen, erscheint die Basis krebsunverdächtig.

Am 8. 1. 1935 Wiederaufnahme. In der Zwischenzeit blutigschleimiger Harnröhrenabfluß, der später rein blutig wurde. Es gingen größere Gewebsfetzen ab. von denen einer daumengliedgroß war. Es bestehen jetzt heftige Schmerzen in der Blase. Bei der Blasenspiegelung wird ein ausgedehntes Blasen-Ca festgestellt. Da eine operative Behandlug aussichtslos erscheint, wird es bestrahlt. G. bleibt weiterhin nie beschwerdefrei und wird symptomatisch weiter behandelt. Am 7. 12. 1935 zur Behandlug aufgefordert.

Nachuntersuchung im März 1937. G. hat starke Beschwerden, Blut im Harn, häufigen Harndrang und leidet unter unerträglichen Schmerzen. An Gewicht hat er stark abgenommen.

Fall 17. Herr E. St., Lokomotivführer a. D., 69 J. (15. 2. 1934).

Vorgeschichte: Vor 6 Tagen bemerkte St. zum ersten Mal, daß der Harn blutig gefärbt war. An der Harnröhrenöffnung erscheint ab und zu ein Blutstropfen.

Befund: Prostata auf beiden Seiten gleichmäßig vergrößert. Urin: E + Ery ++.

Blasenspiegelung: Kapazität 110 ccm. Die ganze lk. Blasenseite wird von einer breitbasig aufsitzenden blumenkohlartigen Geschwulst eingenommen. Das lk. Ostium ist nicht sichtbar. Schleimhaut entzündlich gerötet; leichte Balkenblase.

Behandlung: Sectio alta.

Feingeweblicher Befund: Epithel nicht unregelmäßig. Kernteilungsfiguren fehlen. An einer Stelle Vorwachsen von Epithelzapfen in die glatte Muskulatur. Es handelt sich offenbar um ein Papillom, das im Beginn der krebsigen Entartung steht.

Nachuntersuchung am 10. 6. 1937. Am lk. Ostium sind mehrere Recidive sichtbar, von denen eins gut gestielt aufsitzt. An der Recidivoberfläche zeigt sich geronnenes Blut. St. wird aufgefordert, sich möglichst bald behandeln zu lassen.

Fall 18: Frau A. Sp., 32 J. (18. 11. 1929).

Vorgeschichte: Vor einem Jahr begann die Blasenblutung. Am 12. 3. 1929 in Neu-Bethlehem Nierenoperation lks. Danach hörten die Blutungen auf. Seit 10 Wochen ständig Blutungen. Es bestehen Schmerzen, die in den Unterleib und in das Kreuz ausstrahlen und besonders stark beim Wasserlassen auftreten.

Befund: Zahlreiche Operationsnarben am Abdomen. Druckschmerz oberhalb der Symphyse und seitlich lks. davon.

Blasenspiegelung: Kapazität 200 ccm. Oberhalb der Ureterleiste 2 ca. erbsen- bis bohnengroße Papillome. Am Blasenausgang flottieren 2 gestielte Papillome.

Behandlung: 3malige Verschorfung. Am 10. 12. 1929 tritt starke Blutung auf. Da diese nicht gestillt werden kann, wird eine Sectio alta gemacht. Es zeigen sich mehrere punktförmige Blutungsstellen, die verschorft werden. Inzwischen keine Blutungen mehr gehabt.

Nachuntersuchung: Mai 1937. Die Blasenschleimhaut ist überall getrübt. In der Trigonumgegend zeigt sie weißlich schleimige Auflagerungen. Ein Recidiv kann jedoch ausgeschlossen werden.

Fall 19: Herr K. W., Fleischbeschauer, 57 J.

Vorgeschichte: Im Februar 1920 bemerkte W. Blut im Harn. Morgens hätte er keinen Harn lassen können, bis Blutgerinnsel abgegangen seien, dann wäre der Strahl wieder ein normaler gewesen.

Befund: Prostata vergrößert. Urin stark bluthaltig. E + Ery ++ Epith. +.

Blasenspiegelung: Im Trigonum ein walnußgroßer langgestielter papillärer Tumor.

Behandlung: Sectio alta. Mit der Schleimhaut der Umgebung wird das Papillom exstirpiert. Catgutnaht.

Feingeweblicher Befund: Gutartiges Papillom.

Nachuntersuchung: März 1937. W. hat seit den 16 Jahren nach der Behandlung nie wieder Beschwerden seitens der Blase gehabt.

Fall 20: Frau E. A., 52 Jahre. (8. 8. 1921).

Vorgeschichte: Seit etwa 2 Jahren häufiger Harndrang. Der Harnstrahl bricht plötzlich ab, um bei Lagewechsel wieder zu erscheinen. Oft ist Blut im Harn.

Befund: Urin: E + Ery ++ Leuko + Epithel. +.

Blasenspiegelung: Kapazität 150 ccm. Im lk. Ostium ein kirschgroßes feinzottiges Papillom.

Behandlung: Sectio alta. Der breitbasige Tumor wird im Gesunden exstirpiert. Catcutnaht.

Feingeweblicher Befund: Papilläres Fibroeptiheliom.

Nachuntersuchung am 8. 6. 1937. Die Schleimhaut ist stellenweise gerötet. Kein Recidiv.

Fall 21: Herr H. W., Schaffner, 47 J. (7. 6. 1935).

Vorgeschichte: Mit 23 Jahren Scharlach und Nierenentzündung. Am 15. 5. 1935 bemerkte W., daß der Urin rot gefärbt war. Er hatte keine Beschwerden.

Befund: Kleinapfelgroße Prostata von derber Konsistenz, Oberfläche glatt, nicht schmerzhaft. Schleimhaut verschieblich.

Blasenspiegelung: Kapazität 200 ccm. Am lk. und r. Ostium 2 ziemlich große zottige Papillome, die anscheinend gut gestielt sind.

Behandlung: Da nach 3 Verschorfungen kein wesentlicher Erfolg zu sehen war, wurde die Sectio alta gemacht. 4 Papillome sitzen sehr tief. Sie werden teilweise mit dem Finger ausgeschält und nachverschorft.

Feingeweblicher Befund: Noch als gutartig zu bezeichnendes Papillom. An einigen Stellen Unruhe des Epithels. Stellenweise Rundzelleninfiltrate.

Nachuntersuchung am 25. 5. 1937. An den Stellen, an denen die Papillome saßen, sind nur noch blasse Narben sichtbar. Kein Recidiv.

Fall 22: Herr G. H., Landwirt. 46 J. (27. 2. 1928).

Vorgeschichte: Im Winter 1926/27 häufig 2—3 Tage lang blutigen Harn. Seit einigen Tagen ist er stark hinfällig, hat starke Rückenschmerzen. Der Harn ist immer noch blutig gefärbt.

Befund: Urin: E + Ery +++. Blut Hb 50%, Ery 2 600 000 F. I. — 0,93.

Blasenspiegelung: Kapazität 200 ccm. Am lk. Ostium kleinapfelgroßes, ziemlich breitbasig aufsitzendes Papillom.

Behandlung: Sectio alta.

Feingeweblicher Befund: Trotz sehr genauer Untersuchung mehrerer Schnitte konnte nur ein papilläres Fibroepitheliom festgestellt werden. Am 4. 9. 1935 Wiederaufnahme. Mehrere Papillomrecidive werden ausgiebig coaguliert. Keine Nachuntersuchung, da Adresse unbekannt.

Fall 23: Frau E. A., 67 J. (14. 2. 1931).

Vorgeschichte: Seit 2—3 Jahren bemerkt A. in 2- bis 3tägiger Dauer blutige fetzige Beimengungen im Harn. Dabei hat sie häufigen Harndrang. In den letzten 2 Monaten dauerndes chmerzhaftes Harnbluten.

Befund: Blasse, fast anaemische Frau. Blut Hb 30%, Ery 2 700 000, F. I. 0,7. Urin: E + Ery + Leuko +.

Blasenspiegelung: Kapazität 200 ccm. Oberhalb des r. Ostiums 3-markstückgroßes blumenkohlartiges Papillom. Da nach 4 Verschorfungen keine Besserung eintritt, wird am 28. 9. 1931 die Sectio alta gemacht. Die 5-markstückgroße Wucherung wird mit der Schlinge abgetragen und das Wundbett verschorft.

Feingeweblicher Befund: Ein sehr üppiges Fibroepitheliom. Krebsige Entartung kann bei den vorliegenden Schnitten nicht nachgewiesen werden. Am 6. 10. 1931 Temperaturanstieg, Exitus letalis, wahrscheinlich an Urinphlegmone.

Fall 24: Herr O. M., Kutscher, 41 J. (20. 1. 1925).

Vorgeschichte: Seit einem Jahr Brennen beim Wasserlassen.

Befund: Orificium ext. urethrae verengert. Urin: E + Ery + Leuko +.

Blasenspiegelung: Kapazität 100 ccm. Am r. und lk. Ostium jeweils ein breitbasig aufsitzendes Papillom. Schleimhaut ist gerötet. Leichte Balkenblase.

Behandlung: Sectio alta (Mühlhausen) (1. 11. 1925). Am 1. 11. 1927 kommt M. mit starken Schmerzen und Brennen beim Wasserlassen zur Wiederaufnahme. Die Blasenspiegelung scheitert am Widerstand des Patienten, daher kann ein mögliches Recidiv nicht festgestellt werden. Im Januar 1935 starb der Patient angeblich an den Folgen des Blasenleidens.

Fall 25: Herr H. H., Justizsekretär, 59 J. (20. 6. 1929).

Vorgeschichte: 1917 wurde ihm an der Chiurgischen Universitätsklinik zu Halle ein Blasenpapillom von Professor Stiede entfernt. 5 Jahre später begannen allmählich Blasenblutungen, die in letzter Zeit verstärkt mit Eiterbeimischungen auftraten.

Befund: Vergrößerung und Druckschmerzhaftigkeit der Prostata. Urin: E + Ery +++
Leuko +++

Blasenspiegelung: An der seitlichen Blasenwand ein 5-markstückgroßes krebsig verändertes Blasenpapillom. Nach Sectio alta zeigt sich eine Entfernung als unmöglich. Anlegen einer Blasenfistel, Bestrahlung vorgesehen.

Fall 26: Herr W. G., Gewerkschaftsangestellter, 49 J. (17. 11. 1932).

Vorgeschichte: Seit 5 Jahren Beschwerden beim Wasserlassen, die mit der Zeit zunahmen und in Brennen und Schmerzen in der Blasengegend und Harnröhre bestehen. Seit 2 Jahren Blutharnen. In letzter Zeit an Gewicht abgenommen.

Befund: Blasser Mann in reduziertem Zustand. Blut: Hb 60%, Ery 3 400 000, F. I. 0,9. Leber druckempfindlich. Lk. Niere anscheinend vergrößert und druckempfindlich. Urin: E + Ery ++ Leuko +.

Blasenspiegelung: Kapazität 300 ccm. Im Bereich des Trigonum und sich auf die Blasenwand ausdehnend ein großes Papillom. Uretermündungen sind nicht sichtbar. *Pyelographie:* Lks. Hydronephrose und Erweiterung des Ureters. R. Ausscheidung erst nach 3 Stunden. Nierenschatten vergrößert.

Behandlung: Sectio alta. Abtragung mit der Schere und Verschorfung.

Feingeweblicher Befund: Blasenpapillom ohne maligne Eigenschaften.

15. 2. 1933. In der Zwischenzeit mehrfach cystoskopiert und einige Recidive abgetragen.

2. 5. 1933. Wieder Blut im Harn bemerkt. Seit 14 Tagen ununterbrochen Blutharnen und Schmerzen beim Wasserlassen. Gewichtsabnahme. Mehrere Recidive werden koaguliert.

18. 8. 1933. Nach 3 Wochen begann wieder Blut im Harn aufzutreten. Dabei gingen blutige Fetzen ab. Die Sectio alta-Narbe schwoll an und brach durch, als die Harnröhre sich verstopfte. Durch die Wunde entleerte sich der Harn im Strahle.

10. 10. 1933. Exitus letalis unter uraemischen Erscheinungen. Die Autopsie ergibt ein ausgedehntes Carcinom der Blase.

Fall 27: Herr F. A., Zugführer a. D., 69 J. (21. 8. 1930).

Vorgeschichte: Seit einiger Zeit Harnbluten.

Befund: Blasenspiegelung Kapazität 300 ccm. Im Fundus ein kirschgroßes, breitbasig aufsitzendes Papillom. Schleimhaut ist entzündlich gerötet.

Behandlung: Sectio alt. Papillom wird mit Coagulationsnadel abgetragen.

13. 11. 1933 Nachuntersuchung. A. hat keine Beschwerden mehr gehabt. Blasenspiegelung wurde nicht gemacht. Spätere Nachuntersuchungen konnten nicht ausgeführt werden, da die Adresse des A. unbekannt war.

Meinen besonderen Dank sage ich Herrn Dozent Dr. Barthels für die freundliche Überlassung und Durchsicht der Arbeit, sowie Herrn Dr. Schneider, durch dessen Hilfe es mir ermöglicht wurde, die cystoskopischen Nachuntersuchungen durchzuführen.

QUELLENANGABE.

Born, Ein neuer Weg zur Behdlg. der Blasenpapillome. Zeitschrift f. Urol. Bd. 20.

Borst, Die Lehre von den Geschwülsten.

Rehn u. Virchow, Zitiert nach Borst.

Carnalcetti, Das Mesothorium in der Behdlg. der pap. und inf. Blasengeschwülste. Kongreß der italienischen Urol. Ges. 1926.

Chiandano, Tumori pap. del rene, dell' uretere e della vesica. Cancro 2.

Dreseler u. Gimsberg, The treatment of bladder tumers by chemocoagulation. Surg. gyn. andobstetr. Bd. 45 Nr. 6.

Fontana, Die epith. Geschwülste der Harnblase Centralblatt für Chirurgie Bd. 55 1932.

Francois, Le diagnostic et le traitment des papilloms vesiceaux. Le Sealpel 1928 II.

Fuchs, Zur Klinik und Statistik der Blasentumoren. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 18.

Grant, Owsley, Stites, Cutler, Tumors of the urinery bladder. Internat. I. of. Med. 42.

Henning u. Lechnir, B hdlg. einer diffusen Papillomatose der Harnblase durch das Aspirationsverfahren. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 34, 1932.

Hückel, Geschwülste der Harnblase. Handbuch d. spez. path. Anatomie u. Histol. Lubarsch, Henke u. Rössle.

Christeller, Zuckerkandl, Stenius, Leuenberger, zitiert nach Hückel.

Joseph, Die Geschwülste der Blase. Handbuch d. Urol. Lichtenberg, Voelcker.

Joseph u. Schwarz, Erfahrungen über die epithel. Geschwülste der Harnblase. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 13.

Joseph, Zur Bhdlg. d. Kazinoms d. Blase. Münch. med. Wochenschrift Jg. 72 Nr. 2.

Lennane, Some aspects of vesical tumors and the results of treatmen. Lancet 1928 II.

Macalpine, Papilloma of the bladder. Brit. med. I. Nr. 3591.

Perlmann u. Staehler, Untersuchung über die Ätiologie der Blasengewächse. Zeitschr. f. urol. Chirurgie.

Ribbert, Geschwulstlehre.

Freund, Zitiert nach Ribbert.

Schönhoff, Zur Röntgentherapie pap. Blasentumoren. Monatsschr. f. Geburtshilfe u. Gynäk. Bd. 75.

Simon, Dauererfolge d. Behdlg. von Blasenca, insbesonder d. Anilintumoren. Zeitschr. f. urol. Chirurgie 29.

Williams, u. Currin, Radiation therapy in tumors of the bledde Med. times Bd. 55.

LEBENSLAUF.

Ich wurde am 19. 2. 1912 zu Schwelm als Sohn des Bäckermeisters Julius Harke und seiner Ehefrau Klara, geb. Krüger, geboren.

Ostern 1932 bestand ich am Reformrealgymnasium in Schwelm die Reifeprüfung und wandte mich darauf dem Medizinstudium zu.

Nach einem Studium von 5 Semestern an der Universität Köln bestand ich dort das Physikum. Während der ersten zwei klinischen Semester studierte ich an der medizinischen Akademie in Düsseldorf und beendete mein Studium an der Georg-August-Universität in Göttingen, wo ich im Dezember 1937 das Staatsexamen mit dem Urteil „gut" bestand.